



**UNIVERSIDADE DO MINHO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA INTEGRAÇÃO DO  
DOENTE MENTAL NA FAMÍLIA**

**Telmo Gabriel Ramos**

**São Vicente, 12 de Setembro de 2014**

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA INTEGRAÇÃO DO  
DOENTE MENTAL NA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a  
obtenção do Grau de Licenciado em Enfermagem.

Discente: Telmo Gabriel Ramos – n.º 2051  
Docente: Mestre Sahida-Alina do Rosário  
Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio

**Mindelo, 12 de Setembro 2014**

## **DEDICATÓRIA**

Como é de se esperar, dedico este trabalho à minha mãe, que muito tem feito por mim, depositando a sua confiança na minha pessoa, acreditando no meu potencial, e apostando fortemente as suas “fichas” na educação dos seus filhos. Proporcionando-me o sonho de ser um profissional de saúde capaz, polivalente e útil para a sociedade. À minha família, que sempre me apoiou de forma incondicional, como suporte emocional, pilar, porto seguro, fonte de energia, para continuar, sempre a lutar. Este trabalho só faz sentido com vocês, por detrás.

## **AGRADECIMENTOS**

Queria agradecer imensamente, a minha orientadora Denise Oliveira Centeio que sempre se destacou como amiga, conselheira, professora, através da sua simplicidade, competência e paciência, em orientar-me nesta fase de consumação de uma etapa académica muito importante para minha vida. Aos demais colegas enfermeiros, um obrigado de coração. Ao pessoal da Saúde Mental, ao Sr. Aguinaldo António da Cruz Monteiro, Responsável Administrativo do Centro de Acolhimento da Vila Nova, que muito me auxiliou na elaboração da parte investigativa do trabalho. A Enf<sup>a</sup> Madalena Gonçalves, que se mostrou disponível em ajudar e a minha irmã Djamila Gabriela Ramos que muito ajudou-me, na correcção dos erros ortográficos. Fico grato pelo grande apoio prestado.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
Problemática e Justificativa	13
CAPÍTULO I - FASE CONCEPTUAL	16
SAÚDE MENTAL	17
1.2- DOENÇA MENTAL	17
1.2.1 – Etiologia das doenças mentais	18
1.2.2- Prevalência mundial	20
1.2.3- As consequências ou implicações das Doenças Mental	20
1.2.4- Doenças mentais mais comuns	21
1.2.5- Abandono dos doentes mentais nas instituições	23
1.2.6- Efeitos ou implicações do internamento prolongado	23
1.2.7- Importância da família na recuperação do DM	25
1.3- ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	25
1.3.1- Abordagem histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica	26
1.3.2 - O Enfermeiro e a comunidade	27
1.4- CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA INTEGRAÇÃO DO DM NA FAMÍLIA	27
1.5- COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	30
1.6- INTEGRAÇÃO DO DOENTE MENTAL NA COMUNIDADE	31
1.7- TRABALHO MULTIDISCIPLINAR	32
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA	33
2.1- METODOLOGIA	34

2.2 - TIPO DE PESQUISA	34
2.3- MÉTODO/INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	34
2.4- CAMPO EMPÍRICO	35
2.5- PARTICIPANTES/ AMOSTRA	36
2.6- ASPECTOS ÉTICOS DO PROCEDIMENTO	36
3.1- APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	39
Categoria I - Desafios em Saúde Mental e Psiquiatria	39
Categoria II - Intervenções do Enfermeiro em casos de abandono	40
Categoria III - Limitações nas intervenções de Enfermagem de SMP	42
Categoria IV - Estigma e DM	43
Categoria V - Envolvimento Familiar no Tratamento e Recuperação	44
Categoria VI - Cuidados de Enfermagem efectuados em serviço de Saúde Mental e Psiquiatria	45
3.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
3.2- BIBLIOGRAFIA	50
APÊNDICE	56
Apêndice I	57
APÊNDICE II	59
Apêndice III	60
Apêndice IV	61
Apêndice V	62
Apêndice VI	63
Apêndice VII	64

Apêndice VIII	65
Apêndice IX	66
Apêndice XI	67
Apêndice XII	68
Apêndice XIII	69
ANEXOS	70
Anexo I	71

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIG. 2 - HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW. TOWNSEND, (2002) .....	71
--	----



## **ÍNDICE DE TABELAS**

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	59
--	----

## **RESUMO**

Com este estudo pretendeu-se, descrever o papel da Enfermagem no processo de integração do Doente Mental na família. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, realizado no Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa. Para tal, participaram 5 enfermeiros que prestam os cuidados de enfermagem neste serviço. Os dados foram recolhidos com base numa entrevista semiestruturada e posteriormente submetidos à uma análise de conteúdo, revelando défices a nível dos recursos materiais e humanos, que dificultam o campo de acção do Enfermeiro, diminuindo a sua autonomia. Este estudo tem implicações práticas; incentivar futuras investigações no ramo da Enfermagem, promover e fomentar especialização do Enfermeiro na área de Saúde Mental e Psiquiatria. A nível teórico: servir de suporte bibliográfico, para próximos estudos e investigações. Apelar pela autonomia do Enfermeiro. Em geral, conclui-se que a Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, precisa ser mais valorizada, e ganhar maior autonomia profissional, por parte dos Enfermeiros.

### **Palavras-chaves:**

Doente Mental; Doença Mental; Saúde Mental e Psiquiatria; Integração Social; Enfermagem; Família

## **ABSTRACT**

With this investigation, we intend to describe the purpose of Nursing in integration process with patient with mentally ill in family. The nature of this investigation it's a descriptive exploratory, made in the Mental Health and Psychiatry department of Baptista de Sousa Hospital. For the investigation we interviewed 5 Nurses who work in this department. The information was collected based on a Semi-structured interview and later to make a content analysis, revealing the problems in material and human resources, making the field of action difficult for the Nurse, to decrease their autonomy. The practical implications of this investigation are; to embolden future investigations on the Nursing field, to promote the Nurse especially on Mental Health and Psychiatry. And the Theoretical implications are; to serve as bibliographic support, in the future investigations. Appeal for Nurse Autonomy. In general, the conclusion is that Nursing in Mental Health and Psychiatry, needs to take in value, and to achieve more professional autonomy, at nursing actions.

### **Keys-Words:**

Mental Health, Mental Disease, Mental Health and Psychiatry, Social Integration, Nursing, Family

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA – American Psychiatric Association

Apud – Citado por

CAVN - Centro de Acolhimento da Vila Nova

Cf – Conferir

DM – Doente Mental

Dm – Doença Mental

EP - Enfermagem Psiquiátrica

HBS – Hospital Baptista de Sousa

PAG - Perturbação de Ansiedade Generalizada

PB – Perturbação Bipolar

pg – pagina

PMC - Perturbações Mentais Comuns

PSF – Programa Saúde Familiar

Sd – Sem data

SM – Saúde Mental

SMP - Saúde Mental e Psiquiatria

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNICEF - United Nations Children's Fund

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho, surgiu no âmbito de estudo como um elemento para aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem, ministrada pela Universidade do Mindelo.

O abandono do Doente Mental (DM) pelo familiar, não é um problema exclusivo da família mas um problema da saúde pública que envolve toda a sociedade, pois uma vez excluída da família, este passa a ser efectivamente posto à margem da sociedade. Nestes casos a pessoa encontra-se em maior risco, mais fragilizada, exposta ao estigma e ao preconceito e, susceptível a um agravamento do seu estado de saúde.

O período pós alta hospitalar revela-se ainda como um período de adaptação e fragilidades.

A classe dos enfermeiros está preparada “cientificamente” para lidar com situações básicas e fundamentais dos cuidados, o que implica recorrer a definições de vários autores e estudiosos, para definir esse conceito que é a Enfermagem. Segundo Oriá, Moraes, Victor (2004) o cuidado define-se emocionalmente como a habilidade de perceber o imperceptível. Sendo assim, esta afirmação mostra exactamente a sensibilidade necessária, que os profissionais devem possuir para exercerem cuidados, observando a pessoa no seu todo, compreendendo o DM e sabendo exactamente as suas necessidades.

Conforme Paim e Trentini (Apud Thofehrn, Traversi, Muniz, Duarte et Leite, 1999. pg. 75):

A teoria e a prática são indissociáveis. Dessa forma, o cuidado às pessoas exige uma reflexão profunda e não o uso de técnicas rotineiras e alienantes, pois com isso retiramos o prazer do próprio trabalhador em admirar o todo do seu trabalho: o próprio cuidado, como um produto construído no final de cada ciclo de produção. Portanto, a utilização de marcos conceituais nas práticas de enfermagem pode ser uma estratégia produtora de respostas da categoria aos próprios desafios conjunturais e, ao superá-los, a produção do conhecimento se investe da condição de gerar mais qualidade para o cuidado e com ele o prazer do trabalho transformador.

O envolvimento da família acaba por ser extremamente importante, para que os cuidados possam atingir a sua grandeza, e realizar as nossas acções, como técnicos e profissionais da saúde, de forma ampla. Conviver com os DM, normalmente implica uma série de mudanças, sentimentos, adaptações que podem originar sofrimento para ambas as partes envolvidas. Fiorano (Apud Silva e Dessen, 2002) afirma que é da obrigação do enfermeiro, incluir as famílias nos cuidados da saúde dos seus membros, tendo em mente o peso e a influência que a família tem no bem-estar e na doença do mesmo, obrigando o profissional a focar-se na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Para clarificar conceitos como Deficiência Mental e Doença Mental (Dm) é imprescindível esclarecer a linha de investigação visto que se tratam de condições distintas, e frequentemente, as pessoas têm dificuldade em diferenciá-las. Vale esclarecer que a doença mental pode ocorrer com pessoas com os graus mais variados de inteligência. Segundo Omote (Apud Silva e Dessen, 1995), o deficiente mental é uma pessoa que possui algumas limitações em suas capacidades e desempenhos. Esse mesmo autor afirma que o *deficiente refere-se a um status adquirido por estas pessoas*, sendo assim, o termo “pessoa deficiente” é considerado mais correcto do que dizer “pessoa portadora de deficiência”.

Miranda (Apud Villela e Scatena, 2004), diz que o princípio que rege a Enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objectivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde. Assim, podemos identificar a importância do relacionamento enfermeiro-paciente, estimulando o equilíbrio entre o DM e a família e consequentemente com a comunidade.

A Enfermagem Psiquiátrica (EP), vem ganhando expressão com o passar dos anos, na medida em que profissionais e estudiosos da área, humanizam os níveis de cuidados prestados, definindo de certa forma o verdadeiro propósito do enfermeiro psiquiátrico.

Para Villela e Scatena (2004) as transformações na assistência de Enfermagem, ocorridas entre os anos 30 a 50 foram viabilizadas pelas seguintes técnicas: (1) comunidade terapêutica de Maxwell Jones; (2) a psicoterapia institucional; (3) a psiquiatria de sector; (4) a psicanálise; (5) os conceitos de psiquiatria dinâmica e preventiva; etc. Essas técnicas incorporaram uma assistência na abordagem psicológica e social.

No XI Fórum A Ponte, a Dra. Cristina Fontes, a Ministra da Saúde chamou a atenção para o facto de que todos nós, temos grandes probabilidades de, em algum momento na nossa

vida, cruzarmo-nos com alguma manifestação de doença mental. Por isso, disse, que devemos assumir compromissos nesta matéria, tanto como Estado, como Sociedade Civil e também como cidadãos que somos. Lembrou que há ainda muito por fazer nesta matéria, nomeadamente a identificação e caracterização da sua problemática em Cabo Verde, através de estudos científicos, mas acrescentou que a garantia de soluções eficazes dos problemas, exige algumas capacidades e disciplina de programação e de implementação.

O Enfermeiro tendo como principal actividade o “cuidar”, é imprescindível valorizar o que é da nossa competência em sua plenitude, abarcando as exigências sociais e adaptando o nosso campo de acção, consoante as realidades vividas. A ilha de São Vicente é vítima do consumo elevado do álcool e outras drogas, o que serve como indicador para caracterização desta temática.

O papel da enfermagem psiquiátrica e da saúde mental foi defendido por vários estudiosos. Weiss (1947, apud Stuart e Laraia, 1998) publicou um artigo no *American Journal Of Nursing* que salientava a escassez de enfermeiros psiquiátricos e apresentava as diferenças entre enfermeiros psiquiátricos e da prática geral. Ela descrevia a “terapia da atitude” como sendo o uso dirigido de atitudes que contribuem para a recuperação do paciente. Na implementação dessa terapia, o enfermeiro observa o paciente em busca de alterações pequenas e fugidias, demonstra aceitação, respeito e compreensão diante do paciente e promove o seu interesse e participação na realidade.

### **Problemática e Justificativa**

A problemática do presente trabalho científico, realça o efeito que a urbanização trouxe, no que toca a fragilidades à saúde do homem; uma lista enorme de problemas sendo a Dm, uma delas. Não quer dizer que tudo comece junto com a urbanização, mas sim com as mudanças dos estilos de vida, o que é visível hoje em dia, considerando o aumento que se presencia deste tipo de patologia, na sociedade moderna.

Não raras vezes, encontramos DM deambulando pelas ruas, alimentando-se de restos de alimentos depositados nos recipientes de lixo e dormindo nas ruas em condições adversas. Por outro lado, temos aqueles que, não estando abandonados a mercê da sua sorte, encontram-se abandonados nas instituições de acolhimento como é o caso do Centro de Acolhimento da

Vila Nova (CAVN), ou até mesmo no HBS. No entanto, não obstante que o número de doentes mentais abandonados nas ruas tenha reduzido significativamente desde 2002, altura em que o CAVN abriu as suas portas para acolhimento destes, a institucionalização dos portadores de doença mental neste centro tem sido outro problema. Pois, embora o trabalho que se tem desenvolvido em prol da melhoria e do bem-estar dos utentes, há escassez de recursos humanos o que dificulta um trabalho multidisciplinar capaz de responder às necessidades dos utentes. Por outro lado, sabe-se que a institucionalização prolongada tem repercussões na vida desses pacientes pelo que, torna-se pertinente a realização de estudos que reflectam sobre esta temática encontrando estratégias que permitam integrar o doente mental na família e na sociedade. A corroborar a pertinência da elaboração de estudos nessa área temática, temos o aumento da prevalência da doença mental a nível mundial e Cabo Verde não foge aos ditames desse aumento. Sabemos bem que, o estado de saúde mental de uma pessoa pode ser condicionado por uma multiplicidade de factores tais como: a pobreza, o desemprego, o consumo exagerado de álcool e outras drogas e, estes últimos têm sido uma das principais causas de doença quer sejam do foro físico ou mental, em Cabo Verde. Assim, esperemos que este estudo, venha enfatizar essa realidade social que afecta a saúde e oferecer ferramentas que proporcionem cuidados humanizados no âmbito da enfermagem de saúde mental.

A partir destas considerações, apresentamos como objecto de estudo: a integração do doente mental na família pelo que esta investigação possui como pergunta de partida: Qual é o contributo da Enfermagem na integração do doente mental na família? E, como objectivo geral: Descrever o papel da Enfermagem no processo de integração do DM na família

Assim, enunciamos os seguintes objectivos específicos: demonstrar o papel educacional que o enfermeiro tem na terapêutica do paciente com Dm; identificar as principais fragilidades existentes no relacionamento entre enfermeiro e pacientes do foro psiquiátrico; identificar o enfermeiro como defensor dos DM e fornecer possíveis soluções, dentro das competências de um Enfermeiro, para a melhoria do Sector da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) do HBS.

E só para relembrar a importância da Saúde como bem ou recurso maior que um ser humano possui, recorre-se à Constituição da República de Cabo Verde – Revisão 1999



Assembleia Nacional, onde alguns pontos pertinentes em relação aos termos legais dos direitos à saúde, são referidos.

Artigo 70º

- 1- Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica
- 2- O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitam a melhoria de qualidade de vida das populações (p.43).

\ É de se realçar que os níveis de cuidados, prestados pelos enfermeiros, tendem a resumir-se, nos cuidados técnicos, e biomédicos. Por essa razão, há a constante referência em humanização de cuidados, não exercer cuidado, mas sim cuidar no sentido “lato” da palavra, o que remete a um maior envolvimento do profissional de saúde.

Este trabalho encontra-se organizado em três Capítulos o primeiro – Fase Conceptual versa o tema do trabalho, a revisão crítica da literatura, o problema de investigação, o objectivo e as questões de investigação bem como a justificativa. O segundo Capítulo – Fase Metodológica, consagra o desenho ou tipo de investigação escolhida, a descrição dos participantes, a descrição do método utilizado na recolha das informações e a descrição dos princípios éticos levados a cabo na realização desta investigação. O terceiro e último Capítulo - Fase Empírica, que remete-nos ao verdadeiro propósito desta investigação, mostrando todos os dados colhidos, através de um estudo de carácter qualitativo. Na redacção e formatação deste trabalho, segue-se as normas da Universidade do Mindelo estabelecidas para a documentação de uma investigação científica.

## **CAPÍTULO I - FASE CONCEPTUAL**

## SAÚDE MENTAL

Em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Saúde Mental (SM) como um estado de completo bem-estar subjectivo a par de capacidades como comunicação e relacionamento interpessoal, competências na vida pessoal e social, capacidades de autonomia e escolha de um projecto de vida, auto-realização intelectual e emocional e adequação à realidade. Referiu ainda que a SM depende de factores pessoais e ambientais podendo ser promovida através de programas adequados, de melhoria das condições sociais e da prevenção do *stress* e outros factores de risco, e da luta contra o estigma.

Já Maslow (Apud Townsend, 2002, p.14) mostrou a perseverança do indivíduo na procura de realização pessoal. Para ilustrar o seu pensamento, hierarquizou as necessidades numa pirâmide Conferir (Cf). (Anexo Fig. 1 - Hierarquia das Necessidades de Maslow. Townsend, 2002) em que a base representa a “ponte” para atingir os níveis mais elevados. O mesmo autor descreveu a realização pessoal como ser “psicologicamente sadio”, inteiramente humano, muito evoluído e plenamente maduro. Maslow compreendia que para considerarmos indivíduos “sadios”, ou “realizados”, teríamos de ter em mente duas características: (1) uma percepção adequada da realidade e (2) capacidade de aceitar-se, aos outros e à natureza humana (p14). Pressuposto este, que após três décadas, a OMS considerou fundamental para a SM do indivíduo.

Silva, Diniz e Santos, (Sd.,pag. 9), esclarecem que:

A assistência ao usuário no âmbito familiar busca reabrir sua comunicação com a família e com o ambiente social, trazendo-lhe um sentido mais significativo de existência, tornando-se imprescindível a participação familiar sobre o processo de readaptação do usuário fora da instituição hospitalar. Por sua vez, tornando-se imprescindível que a família seja apoiada e orientada; tendo esclarecimento das condições de convívio adequado com pessoas que sofrem psiquicamente, intensificando sua importância para o processo de desinstitucionalização.

### 1.2- DOENÇA MENTAL

A literatura sobre a Dm tem evidenciado alguma dificuldade na sua definição devido questões ligadas à cultura. Assim, entende-se que o conceito da Dm está na dependência

cultural de cada país ou de cada povo. Todavia, Horwitz (apud Townsend, 2002) identifica, dois elementos, que potenciam à percepção de doença mental: a *Incompreensibilidade* e a *Relatividade Cultural*. A incompreensibilidade, tal como explica Horowitz (apud Townsend, 2002) está relacionada com a incapacidade da população em compreender o que está por detrás de um comportamento. Dito de outro modo, quando não se consegue encontrar nenhuma explicação inteligível que justifique um comportamento, o sujeito é, então, rotulado “Doente Mental”. Em relação à Relatividade Cultural, o autor considerou que as regras, normas e convenções são elaboradas mediante a cultura do próprio indivíduo. Assim, um comportamento que se desvia daquele socialmente aceite, é considerado como “anormal”.

A American Psychiatric Association (APA, 2002) define a Dm no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV-TR) como síndrome que ocorre numa pessoa, associado ao sofrimento ou incapacidade e, não meramente a impossibilidade de responder um evento específico.

Por sua vez Townsend (2002) classifica a Dm como “respostas desajustadas” aos stressores do meio relacionados com princípios básicos, como o da adaptação, factores ocupacionais ou físicos do indivíduo.

A OMS (2001) salienta que a Dm caracteriza-se por alterações do pensamento e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Ainda a OMS postula que as Dm resultam de uma multiplicidade de factores, sejam de ordem biológicos, psicológicos e sociais, logrando aparecer em diversos graus de gravidade, no entanto, susceptíveis de serem controladas ou até mesmo curadas.

Relativamente ao tempo de evolução, podem ser classificadas como aguda (de curta evolução) ou crónica (de longa evolução) (OMS, 2001).

Assim, não será demais concluir que os assuntos que dizem respeito à saúde e à doença mental são complexos, na medida em que afectam as pessoas como um todo, isto é, na sua dimensão bio-psico-social.

### **1.2.1 – Etiologia das doenças mentais**

Existem várias teorias explicativas da origem das perturbações mentais (teorias genéticas, neuroquímicas, hipótese dopaminérgica, etc). Porém, Frances e Ross (2004)

postulam, assim como vários outros autores, que a causa ou causas das Dm continuam desconhecidas.

Sabe-se, no entanto, que a natureza das Dm apresenta um elevado grau de complexidade. Sobre isso, existe documentação constante que evidencia factores de risco do equilíbrio emocional fazendo emergir psicopatologias diversas.

Por factores de risco ao equilíbrio emocional/ SM, entende-se a probabilidade de um factor, elemento ou acontecimento indesejável, condicionar ou comprometer negativamente o desenvolvimento psicológico de um indivíduo (Anaut, 2005).

Dentre os factores de risco que podem influenciar a incidência de Dm pode-se salientar o uso e abuso de substâncias psicoactivas; a idade, o género e vários factores sociais (OMS, 2001), o sexo feminino, o desemprego, o hábito tabágico, doenças crónicas, o baixo apoio social percebido, vivências stressantes, baixo nível de escolaridade, etc. (Anselmi, Barros, Minten, Gigante e Horta, 2008); factores relacionais como o comportamento parental disfuncional e o estilo de vinculação (Centeio, 2010).

O envelhecimento da população, a pobreza, o isolamento social, a solidão, a perda de independência e as perdas de diferentes tipos podem afectar a SM e a saúde em geral. A cultura também influencia vários aspectos da SM (Ferreira, 2007).

Muitos estudos apontam também a existência de disfunções complexas, incluindo anormalidades de circuitos cerebrais/ alterações nos receptores e nos pós receptores de neurotransmissores assim como erros no desenvolvimento do cérebro: estrutura cerebral e anormalidades químicas, anormalidades nos formatos e nas actividades cerebrais (Zini & da Cruz, Sd).

Conforme Spence e Matos (2000), os factores de risco são específicos a cada sujeito e de acordo com o período de desenvolvimento em que se encontra. A resposta que cada indivíduo encontra para enfrentar o risco também difere, consoante o estilo de adaptação face ao stressor. Um outro aspecto frisado pelos mesmos autores prende-se com a eventualidade de um único factor de risco se proliferar em inúmeros factores de risco, ampliando assim a complexidade de resposta do indivíduo que, na impossibilidade de recursos protectores para uma resposta adaptativa, poderá desenvolver um problema de saúde mental.

Os postulados de Spence e Matos, permitem-nos concluir que todos nós, em algum momento das nossas vidas temos probabilidade de desenvolver um problema de SM.

### **1.2.2- Prevalência mundial**

Todas as investigações que versam a incidência e prevalência das Dm no mundo mostram que a sua tendência é aumentar ao longo dos tempos.

Ferreira (2012) salienta *que a depressão é hoje considerada a segunda e que caminha rapidamente para, no horizonte 2030, ser a primeira causa da carga de doenças.* (p. 6)

Os dados da *Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, mostram que uma em cada quatro pessoas, poderá ser afectada, ao longo do seu percurso de vida, por um problema mental. As estatísticas globais da OMS apontam que a depressão afecta cerca de 121 milhões de pessoas em todo mundo e, estima que em 2020 seja a segunda causa de incapacidade em todo mundo.

Contudo, Miech, Caspi, Moffitt, Wrigh e Silva (apud, Anselmi, Barros, Minten, Gigante, Horta & Victora, 2008) mostram que há maior prevalência de Dm nos jovens adultos, podendo atingir entre 25% a 40%.

### **1.2.3- As consequências ou implicações das Doenças Mental**

No entender de Frances e Ross (2004), na sua maioria as Dm causam grande preocupação aos próprios indivíduos, às famílias e todo o ecossistema cujo indivíduo interage directamente. De facto, a OMS (2001) advoga que causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades.

A APA (2002) postula também que, para além do sofrimento, causam défice no funcionamento quotidiano do individuo. Nesta perspectiva, Nogueira (2012) acrescenta implicações catastróficas nas mais variadas áreas da sua vida e nas de quem a rodeia; consequências ao nível da autonomia e independência individuais e ao nível da sobrecarga familiar, perda de competências de gestão da vida diária (deixa de realizar as tarefas básicas de higiene individual), perda de competências relacionais (isolamento pelo receio do contacto social ou torna-se uma pessoa demasiado conflituosa), incapacidade para desempenhar uma ocupação como a tendência para abandonar os estudos ou perder o emprego, condicionando, ainda, a possibilidade de obter um novo.

Para Frasquilho (S.d) o suicídio também tem sido um final trágico de muitas Dm, mormente a depressão que, como se viu anteriormente, consiste na Dm mais incidente a nível mundial.

Ferreira, (2012) postulou em *Prevenção do Suicídio ao redor do Mundo: Fortalecer os Factores Protectores Renovando Esperanças* que “o suicídio é um fenómeno complexo e constitui um importante problema de saúde pública”. (p.4)

Ferreira, (2012, pg. 4) aponta que o número de tentativas de suicídio pode ser 20 vezes maior do que as mortes por suicídio.

*Calcula-se que 5% de pessoas tentam suicidar-se pelo menos uma vez na vida e que a prevalência de ideias suicidas no seio da população em geral é de 10% a 14%. O suicídio é uma das mais importantes causas de mortalidade no mundo e, nos últimos anos, os níveis aumentaram em 60% em alguns países.*

#### **1.2.4- Doenças mentais mais comuns**

As Dm mais comuns ou frequentes, atendidas nos Hospitais Psiquiátricos no Mundo todo, são a Depressão, a Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico, Perturbação Bipolar, e Esquizofrenia (Sanchez, Sd).

Para esclarecer o conceito destas 5 patologias acima referidas, recorreu-se ao DSM-IV-TR.

A depressão caracteriza-se por um conjunto de sintomas: (1) afectivos: humor deprimido, sentimento de desânimo, irritação, perda de interesse pelas actividades quotidianas; (2) sintomas cognitivos: pensamentos de auto-desvalorização, auto-culpabilização ou de rejeição e abandono, baixa auto-estima, percepção de incompetência para resolver problemas ou enfrentar situações; (3) sintomas comportamentais: apatia, isolamento, alterações psicomotoras e, (4) sintomas físicos: alterações ao nível do sono, apetite, desejo sexual ou falta de energia.

Ferreira, (2012 pg.8) define a depressão como sendo *uma condição médica grave que afecta o corpo, a mente e o comportamento*

E, pelo tipo de sintomas que a caracteriza, é também das Dm que causa níveis mais elevados de mal-estar e sofrimento.

A Perturbação de Pânico tem como característica essencial a presença de episódios recorrentes de ansiedade grave e intensa não relacionada com situações ou circunstâncias concretas. Por outro lado, o medo de futuros ataques de pânicos assegura a vigilância das

sensações corporais e aumenta a ansiedade antecipatória. Os sintomas (palpitações, suores, tremores ou estremecimentos, dificuldades em respirar, sensações de sufoco, desconforto ou dores no peito, náuseas ou mal-estar abdominal, tonturas ou sensação de cabeça oca, desrealização, medo de perder o controlo ou de “enlouquecer”, medo de morrer, parestesia e sensações de calor) ao serem percebidos pelo indivíduo são concludentemente mal interpretados. Essa interpretação é influenciada pelo medo destas sensações, pela expectativa de consequências catastróficas, bem como pelas recordações de episódios anteriores, resultando assim num aumento da ansiedade e apreensão, que caracteriza um ciclo auto-perpetuante do pânico.

A Perturbação Bipolar (PB) inclui quadros de alternâncias rápidas do humor de difícil controlo: depressão ou mania – caracterizando a PB I ou depressão e hipomania – caracterizando a PB II, além de outras formas.

A Esquizofrenia, por sua vez, é uma doença mental grave que possui como características essenciais um conjunto vasto de sintomas e sinais, entre os quais se destacam alterações do pensamento, alucinações, delírios e embotamento afectivo com perda de contacto com a realidade, causando uma disfunção social e ocupacional crónica (APA, 2002).

A APA (2002) caracteriza a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) por ansiedade e preocupação excessivas relativas a diversos acontecimentos ou actividades durante a maioria dos dias de forma persistente durante um período de 6 meses ou mais. Há uma manifesta dificuldade no controlo dessas preocupações e a ansiedade deve estar associada à presença de três ou mais dos seguintes sintomas físicos e psicológicos: agitação; ficar facilmente fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldade de concentração; perturbação do sono. O foco da ansiedade e da preocupação não está confinado a traços de outra Perturbação da Ansiedade. Os indivíduos com PAG reportam angústia devida a uma preocupação constante, e experienciam uma incapacitação ao nível social, ocupacional, ou noutra área importante do funcionamento.

No caso de São Vicente, mais propriamente do Serviço de Saúde Mental do HBS, as perturbações mais frequentes, mencionadas pelo psiquiatra, Dr. Aristides da Luz, foram as perturbações psicóticas, ou seja psicoses secundárias devido ao uso de álcool; a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar. Estas patologias, correspondem com as patologias mais comuns a nível mundial.



### **1.2.5- Abandono dos doentes mentais nas instituições**

Levando em conta a importância da família no tratamento e no processo de reabilitação nos serviços de atenção primária à saúde, ao passo de entendermos, que debater a Saúde Mental implica unicamente em discutirmos os modelos actuais de cuidado, mas de compreendê-la mediante o seu contexto histórico, político, social e cultural, em consequência da reprovação da concepção preliminar da “loucura”, para a concepção do adoecimento psíquico. (Ferreira 2012) (pg.6)

Consequentemente, os profissionais de enfermagem em saúde mental têm sentido necessidade de reflectir sobre suas acções, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no quotidiano em que se constrói. Assim, é necessário implementar algumas acções e garantir a qualificação dos profissionais de saúde mental, tendo como directrizes, as suas intervenções, acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolubilidade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (Olshowsky *et al*, 2005).

A família sente o sofrimento psíquico do ente institucionalizado, recebendo pouca atenção do sistema de saúde, que aos poucos vai se afastando do momento da internação. Dessa forma acredita-se que é muito importante a orientação e participação efectiva dos serviços interdisciplinares das instituições de saúde, voltadas ao atendimento dos que sofrem mentalmente.

Segundo Koga (1997), não é possível após um longo período de institucionalização ocorrer a reintegração rápida e perfeita com as famílias que não foram assistidas. Diante destas expectativas ampliam-se as possibilidades de uma assistência mais digna a partir da desconstrução de antigos conceitos, com o apoio efectivo dos serviços de saúde.

### **1.2.6- Efeitos ou implicações do internamento prolongado**

Em casos em que o DM encontra-se desorganizado, correndo risco de vida ou representando riscos para os que lhe estão mais próximos, o internamento faz-se necessário (De Oliveira & Miranda, 2000).

O internamento implica mudanças bruscas no dia-a-dia. Tais mudanças, passam pela interrupção da rotina, separação do que é familiar e do que traz segurança (casa, pertences, parentes e amigos, trabalho, etc.), submissão a uma equipe de profissionais muitas vezes desconhecidos e a acomodações geralmente desconfortáveis, assim como a possibilidade de dividir o quarto com outros utentes.

Se o diagnóstico for o de doença crónica, as repetidas internações e o estigma de doente incurável podem agravar ainda mais o quadro do utente. Eis que o carácter negativo das representações sociais sobre a Dm e o internamento psiquiátrico, levam a uma visão distorcida na forma como a pessoa se vê a si mesma, na forma como pensa que passa a ser vista pelos outros e na forma como passa realmente a ser vista pelos outros. Pelo seu carácter negativo, estas representações contribuem, frequentemente, para aprofundar o sofrimento individual e o isolamento social (Nogueira, 2012).

A vivência do doente mental no contexto de uma instituição de saúde mental e psiquiátrica acarreta sentimentos de solidão, abandono, dúvidas, insegurança, diminuição ou perda da auto-estima, medo de ser louco, estigmatizado e rotulado como um indivíduo incapaz tendo que vivenciar o quotidiano de enfermarias, psicotrópicos e a indiferença aos seus desejos enquanto pessoa (De Oliveira & Miranda, 2000).

Conforme Reinaldo e Rocha (2002), a internação prolongada é vista como um factor de risco para a integração do DM, visto que o “indivíduo é retirado do seu mundo, institucionalizando-o, destruindo os canais de comunicação”, comprometendo a reintegração dos pacientes DM em suas famílias, empregos e comunidade após alta hospitalar.

Estes mesmos autores apostam na visita domiciliária como “instrumento facilitador” na abordagem desses pacientes com DM e suas famílias. Pode-se assim entender, que os papéis dos membros familiares são estimulados e intrujados, pelos profissionais de saúde, visando o bem-estar e a integração do DM.

### **1.2.7- Importância da família na recuperação do DM**

Waidman, (apud Moreira, Hortale et all, 2008) realça a família como sendo a base da vida, o que mostra que há que haver uma conciliação entre a instituição hospitalar, com a instituição familiar, dando maior poder à família, trabalhando em conjunto para diminuir o máximo possível o tempo de internamento. (p.39)

Os pacientes e as famílias têm a solução para o cuidado de enfermagem efectivo, ou seja, quando se possui a confiança entre ambas as partes, informações confidenciais são partilhadas e a pessoa é encorajada a tornar parte activa na maximização de sua capacidade de funcionamento, logo o enfermeiro definirá estratégias para atingir a saúde ideal favorecendo a satisfação do paciente e a eficiência do cuidado à saúde. (Pontes, Leitão e Ramos, 2008)

O envolvimento da família com o tratamento do portador de Dm favorece suporte para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura, a sobrecarga emocional de ambos é amenizada, aumentando o nível de interacção e empatia entre eles (MELSSAN, 2002). Acção que sustenta a recuperação do doente junto aos órgãos de saúde e das redes sociais.

A participação familiar é indispensável para uma melhora da qualidade de vida do doente sendo assim, a enfermagem precisa conhecer e compreender todo esse contexto oferecendo apoio e orientações necessárias à família.

Galera (2002) afirma que, as novas expectativas referentes à atenção em saúde, como a criação do Programa Saúde da Família, a redução do tempo de internação, os cuidados prestados em domicílio, os incentivos para o tratamento em unidades ambulatoriais, uma rede social ampla e a flexibilidade na assistência a portadores de Dm de longa duração, estimulam a inclusão da família no processo de cuidar.

### **1.3- ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Para além de direccionar-se à pessoa com Dm, instruir a família, é de extrema importância, trabalhando em conjunto para arranjar estratégias que melhorem o relacionamento ou convívio Utente/ Família. Hesben (2001), mostra que nem sempre é fácil caracterizar de forma precisa a enfermagem, por ela ser tão vasto e pouco nítida. E que qualquer tentativa de descrição pormenorizada levará ao insucesso.

Mediante a proposta para discussão Fórum Nacional de Enfermeiros de Cabo Verde 11 de Março de 2011, a definição para um Enfermeiro mostra que o profissional está habilitado com um curso legalmente reconhecido, a quem já foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnicas e humanização nos cuidados prestados ao indivíduos, família, grupos e comunidade aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

A característica da enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal que difunde e mantém um comportamento no paciente, cooperando no seu funcionamento integrado. O foco do profissional pode ser um indivíduo, uma família, uma organização ou uma comunidade. A Associação Norte Americana de Enfermagem (ANA) (apud Stuart e Laraia, 1998, pg. 37) esclarece a Enfermagem Psiquiátrica (EP) como sendo uma área especializada, que utiliza as teorias do comportamento humano com sua ciência e o seu uso de cuidado de si próprio como arte.

### **1.3.1- Abordagem histórica da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**

É impossível falar da história, sem referir primeiramente à Florence Nitgtingale. As suas definições de cuidado, aplicam em todas as áreas do serviço da saúde, por se tratar de cuidados básicos e com base científicos.

O autor Baságlia (apud SILVEIRA e ALVES, 2003, pg. 646), refere que uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria, ocorreu em 1962, com a desactivação do manicómio de Trieste, Itália, e criação de Centros Comunitários de Saúde Mental, visando a reinserção do DM em seu núcleo social.

A importância da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade, aproximadamente 200 anos. Foi a partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de vivenciar a condição humana. Bezerra (apud Gonçalves e Sena, 2001) enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade.

### **1.3.2 - O Enfermeiro e a comunidade**

A passagem dos DM, do meio hospitalar para a comunidade mostra-se imprescindível e, a transferência dos cuidados formais de SM dos serviços hospitalares psiquiátricos para o seio da própria comunidade, concede um carácter mais integral, integrado e humanizado, capaz de ajudar a desconstruir o estigma e preconceitos associados às Dm graves. Esta urgência não deve descurar da importância que os serviços hospitalares psiquiátricos desempenham no processo terapêutico, apesar das limitações que possam apresentar (De Oliveira & Miranda, 2012).

O Relatório Mundial da Saúde, mostra que os cuidados prestados com base na comunidade surtem melhor efeito na qualidade de vida com os doentes com perturbações mentais crónicas, em relação ao tratamento institucional. Mais Acrescenta, os serviços com base comunitária, facilita o rastreio, permitindo intervenções precoces, limitando o estigma associado com o tratamento. Os cuidados comunitários devem ter apoio dos hospitais gerais, cuidados domiciliários, que garantem as necessidades dos doentes. Para que ocorra a mudança para os cuidados comunitários há que ter trabalhadores em saúde e serviço de reabilitação disponível, prestando apoio, em face de crises, e protecção na habitação e no emprego. (Organização Mundial de Saúde, 2001)

A substituição ou transferência dos DM, para fora do meio hospitalar para a comunidade, deve ser vista como uma mais-valia para tanto para os familiares como para profissionais de saúde. Só assim será possível a reintegração familiar.

## **1.4- CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA INTEGRAÇÃO DO DM NA FAMÍLIA**

A reinserção da pessoa em sua rede familiar e social requer uma avaliação e planeamento prévio quanto ao apoio proporcionado pelo familiar para o enfrentamento do tratamento; quanto ao suporte social, no que prevê actividades de lazer, possível vínculo empregatício e quanto à oferta de serviços de saúde de referência, para o acolhimento da família. Pois neste momento é restituída à família, a incumbência do cuidado. É preciso considerar as vivências e experiências anteriores do familiar, os momentos difíceis enfrentados, os motivos da

internação e a possibilidade de uma próxima experiência de hospitalização frente a uma nova crise (De Freitas, 2012).

Em 1993 o Programa de Saúde Familiar (PSF) foi concebido, através de um estudo multidisciplinar com a intenção primária da United Nations Children's Fund (UNICEF) e incorporados pelos técnicos de saúde da região brasileira com experiência de trabalho, contudo este projecto só foi divulgado um ano depois.

Mediante Sousa (apud in Cury e Galera, 2006) a enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF, uma das principais estratégias do Ministério de Saúde do Brasil na época era a implementação do PSF, fazendo parte de uma estratégia com o intuito de recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário, no sentido de organizar o modelo assistencial em saúde. (Cury e Galera, 2006) (p.274)

O PSF valoriza os princípios do território, vinculando com a população, com trabalhos multidisciplinares, numa participação democrática, participativa e solidária da comunidade, identificando factores de risco e intervindo quando necessário. (Cury e Galera, 2006, pg.274)

Autores como Costa, Lima, Oliveira CP (apud Cury e Galera, 2006, pg. 274), afirmam que a reorganização das práticas de saúde consiste a principal estratégia do PSF, e o programa direcciona o desenvolvimento das suas acções, voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como campo empírico o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e ainda o acompanhamento dos serviços de referência. O relacionamento entre os profissionais envolvidos e a comunidade atendida é forte, o que favorece a humanização das práticas de saúde, possibilitando ainda mais a satisfação do usuário.

Costa, Lima, Oliveira CP (apud Cury e Galera, 2006, pg. 274), Explicitam que a PSF está Formado pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a equipa analisa o usuário no seu meio. Logo de início as famílias são cadastradas e futuramente são atendidas conforme pertinência do caso, e não só por requisição voluntária, embora da requisição espontânea fazer parte do profissional do PSF. O objectivo do PSF é mostrar a sua importância em aspectos que indicam o envolvimento dos profissionais na contribuição na assistência ao portador de doença mental e sua família. Costa, Lima,

A enfermagem precisa conhecer e compreender todo esse contexto oferecendo apoio e orientações necessárias a família. Para um cuidado completo em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental, e devera estar obrigada a romper-se com a lógica do isolamento e da exclusão social.

Quando o foco é a família, torna-se fundamental a abordagem que vai além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. Assim, por exemplo, uma acção de fortalecimento dos cuidados familiares à pessoa com sofrimento psíquico e/ou usuária de álcool e outras drogas não deve estar apoiada naquilo que falta; pelo contrário, a acção deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Esse modo de ver e cuidar pode representar um importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfrentamento de dificuldades, quaisquer que elas sejam.FONTE

Santin e Klafke, (2011), mostram que tanto a sociedade como as famílias, estão pouco preparadas e sustentadas para albergar o DM, *“criando assim um lacuna entre o cuidado que se tem, e o cuidado que se ambiciona ter em”* SM. Por conseguinte, muitos esforços são realizados pelos serviços e pelos profissionais de saúde com o intuito de reverter a lógica de atenção à SM enraizada em diversas culturas ocidentais, em que predominou por muitos anos, a exclusão e o preconceito. (p.147)

Sendo assim, os mesmos autores, referidos anteriormente, Santin e Klafke, (2011) mencionam que:

A sociedade está sendo convidada a reflectir e a reconstruir os (pré) conceitos diante da doença mental. Nesse contexto, existem grandes modificações como a participação dos familiares no tratamento, quando discutem, trocam informações com a equipe e com outros familiares e participam/organizam encontros para discutir temas de saúde mental. (p 147)

Para Pontes (apud Santin e Klafke, 2011), nos atendimentos de família ou nos grupos familiares é normal que os debates girem em torno dos sintomas, *“e é importante que o profissional que organiza o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta”*, visto que cada um se adequa com a realidade vivida no momento pelos familiares.

Santin e Klafke, (2011) acreditam que para minimizar a sobrecarga familiar e adquirir o cuidado em SM, é imprescindível que se produza uma rede de cuidados, não incluindo

somente a família e os serviços de saúde, mas integrando também todas as estratégias possíveis para possibilitar um atendimento de forma absoluto, humanizado. (pg.155)

Para Pereira (2002, apud Santin e Klafke, 2011, pg. 155-156):

É a interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais de comunidade, de trabalho ou de estudo, que se constituem como importantes bases de apoio ao indivíduo e à família em momentos de crise.

Mediante o processo de atenção psicossocial, é de se destacar que o enfermeiro que actua no campo da SM, estabelecendo cuidados, favorece a estratégia de reabilitação psicossocial. A assistência de qualidade, o enfermeiro deve estar apto para cuidar da saúde mental, dentro e fora da instituição psiquiátrica, tendo em mente que se trata de um ambiente imprevisível, e naturalmente exige muito do profissional. (Souza, Braga, Souza, apud Moreira; Ingryd; Goldstein; Brito e Costa 2008, pg.40)

Para que se certifique que há continuidade do cuidado no domicílio e evitar as múltiplas internações, é fundamental que a alta hospitalar seja planeada e sistematizada, salvaguardando a integridade tanto para o paciente como para os familiares. (Chuang, Wu, Ma, Chen e Wu, apud Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti, 2007, pg. 346)

Já Huber, McClelland e Patient, (apud Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti, 2007, pg.349), mostram que o plano de alta *“é uma forma que os enfermeiros têm de expressar seus cuidados ao paciente”*, que são organizadas com base nas carências e preferências, dos pacientes e familiares, mediante um prognóstico, *“de um tratamento, e de uma previsão de alta pré-estabelecida pelo médico.”*

É da responsabilidade ética do enfermeiro mediante, Potter e Perry, (apud Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti, 2007, pg 349), no método de ensino ao paciente, determinando minuciosamente o que é necessário saber e deparar o momento em que estarão aptos para instruírem-se, assim como validar as intervenções contínuas do autocuidado.

## **1.5- COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA**

A comunicação é o principal mecanismo ou instrumento utilizado para a efectivação, do que se pretende alcançar independentemente da área em foco.

Consoante o autor Cianciarullo (2013, apud Pontes, Leitão e Ramos, 2008, pg. 313):

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as acções realizadas com o paciente, seja para orientar, informar,



apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Sendo assim, não se pode abstrair do diálogo, da linguagem verbal e não-verbal. O profissional terá que estar apto para analisar estas informações a seu proveito, e ao benefício do paciente. Como foi mencionado pelos autores acima referido, ela se trata de uma das principais ferramentas de um profissional de saúde.

Tal como, Paes, Borba, Labronici e Alves, (2010) referem que, a carência no preparo profissional, dos profissionais de saúde na escuta dos anseios, tensões e sofrimento dos pacientes, traz como consequência a falta de “compreensão e de comunicação efectiva entre o paciente e os profissionais”. Validando a ideia de que a complexidade da comunicação terapêutica, requer aptidões de natureza subjectivas, dos profissionais de saúde em geral. (p.309)

Desta forma, é inegável que o processo de comunicação terapêutica constitui um elemento de grande valia para o processo de integração do DM na família. Isto é, para que o processo de transição ocorra dignamente é necessário que a família ou os prestadores de cuidados participem activamente em todo o percurso terapêutico, inclusive no planeamento da alta (De Moraes, 2010). Porém, Driscoll (2000) sublinha que é preciso ter em conta alguns factores: a percepção da informação por parte do prestador de cuidados no que concerne ao planeamento adequado, dirigido às necessidades sentidas; a suficiência qualitativa e quantitativa da informação no sentido de minorar situações de preocupação e desassossego e prevenir futuras complicações domiciliárias; e, por fim, a adequação da informação transmitida no sentido de evitar recidivas e reingresso hospital e recorrências constantes dos prestadores de cuidados aos Serviços de Saúde Mental.

## **1.6- INTEGRAÇÃO DO DOENTE MENTAL NA COMUNIDADE**

Quando se fala da doença mental, muitas questões sobressaltam: “Por que essa doença é vista por muitos com medo e aversão?” “Por que o individuo com Dm é colocado de parte da sociedade e do mercado de trabalho?” São essas questões que fomentam a curiosidade e o interesse em estudar o DM ao longo dos tempos.

Foucault (1972), na sua obra *A história da loucura*, e outros autores que compartilham com sua visão, exibem que a estigmatização do “louco” predominou ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade.

Resende, (1994, p. 37), refere que:

A exclusão do louco/doente mental se eternizou no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituição psiquiátrica; retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais; excluindo-o da vida em sociedade.

## **1.7- TRABALHO MULTIDISCIPLINAR**

Como foi mencionado anteriormente o trabalho multidisciplinar é imprescindível, tendo como exemplo, os mecanismos de trabalho utilizados no PSF. Um enfermeiro por si só não consegue fazer valer os seus níveis de cuidados e vice-versa. Silva e Santos, (2012) mencionam que o trabalho em equipa na saúde mostra a importância às demandas do problema de saúde humana, na medida em que estes casos não podem ser atendidos somente por uma única especialidade nem individualmente.

Pinho (apud Silva e Santos, 2012), acrescenta que o trabalho em equipa ou multidisciplinar, clarifica novas estratégias que irão orientar as acções de que está avaliando, dando prioridade à comunicação para uma avaliação contínua do trabalho.

Dentro do campo da enfermagem, onde o contacto com o paciente é indiscutível, para que haja progresso no sentido de fornecer mecanismos suficientes para vincar a autonomia do paciente, temos que ter em mente que o trabalho multidisciplinar, é a melhor estratégia a ser seguida.

Quando se fala de cuidado, o importante não é ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta, dietista, psicólogo, etc. Cada uma destas instâncias apresentam qualificações ou competências específicas e particulares, mas nenhuma delas têm sentido quando isoladas, é preciso englobá-las todas e sempre com a perspectiva do cuidar global. “O cuidado é fundamental quando se quer agrupar todos os elementos da equipa multidisciplinar numa única perspectiva” (Hesbeen, 2001, p.32, 32).

## **CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA**

## **2.1- Metodologia**

A metodologia designa o conjunto das técnicas que orientam o decurso do processo de investigação científica de tal forma que permite responder as questões de investigação ou verificar hipóteses e de forma que os objectivos sejam alcançados (Fortin, 1999).

## **2.2 - TIPO DE PESQUISA**

O trabalho versa um desenho descritivo-exploratório de cariz qualitativo. Com o desenho descritivo objectiva-se obter mais informações sobre fenómenos mal conhecidos e sobre os quais existem poucos trabalhos de forma a fornecer uma descrição detalhada do fenómeno (Fortin, 1999).

Autores especializados em Enfermagem, tais como Silva e Munhall (apud Fortin, 1999) consagram que a investigação qualitativa refere-se a um conjunto de actividades subjectivas e sistemáticas que visam descrever experiências de vida de acordo com o significado que lhes são atribuídos pelos participantes.

## **2.3- MÉTODO/INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Como instrumento de recolha de informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Segundo Ketele e Roegiers (1999) a entrevista é um método de recolha de informações que consiste numa troca oral entre o entrevistador e o entrevistado, a fim de obter informações sobre fenómenos, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na óptica dos objectivos de recolha de informação. E, definida como um dos métodos mais adequado para recolha de dados em investigações qualitativas.

Para Manzini (2004, apud Belei., Paschoal, Nascimento E Matsumoto, 2006), a entrevista semiestruturada foca um assunto sobre o qual elaboramos um guião com perguntas básicas e principais, complementadas por outras questões intrínsecas às circunstâncias momentâneas à entrevista. Salienta o autor que o guião, serve, não só para recolher os dados, como também surge como um meio para o pesquisador (entrevistador) se organizar para o processo de interacção com o informante (entrevistado). Para o autor, esse tipo de entrevista

pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Assim, planeamos a recolha de dados por meio da elaboração de um guião com perguntas que alcançaram os objectivos pretendidos (cf Apêndice I) Esse guião, que permitiu organizar o processo de interacção com os participantes junto dos quais foram recolhidos os dados, é constituída por um mini questionário de dados sociodemográficos que permitiram descrever as características da amostra e por um conjunto de outras questões formuladas com base na literatura consultada relativamente ao tema em estudo.

## **2.4- CAMPO EMPÍRICO**

Esta investigação decorreu no Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do HBS localizada na ilha de São Vicente, local situado no recinto antigo do hospital. É constituído por duas alas, em que a primeira ala, é onde se encontram os consultórios dos psiquiatras, psicólogos e o gabinete do Enfermeiro Chefe. Dois dos consultórios são para consultas do campo da psicologia, e os outros dois são para os psiquiatras. A segunda ala é a maior, que tem um pequeno pátio; uma sala de estar, onde são realizadas reuniões e actividades múltiplas; um gabinete para os profissionais de serviço, nomeadamente os enfermeiros de turno e os auxiliares; uma casa de banho para os profissionais do serviço; a cozinha ou copa; a enfermaria, que é constituída por dois grandes quartos, sendo um só para o sexo masculino e o outro para o sexo feminino, cada um dos quartos possui cinco camas, somando ao todo, dez camas na enfermaria. Em relação aos recursos humanos, o Sector da SMP contem 5 enfermeiros, 4 de turnos e 1 enfermeiro chefe, 3 psicólogas, dois psiquiatras, e 4 auxiliares, somando assim 14 funcionários no geral. O trabalho desenvolvido, remete para uma intervenção de urgência psiquiatria, onde o enfermeiro limita-se a cumprir a prescrição médica e a vigilância dos pacientes, os psicólogos e os psiquiatras, realizam reuniões individuais ou em grupo com os pacientes, dependendo do momento ou do critério dos mesmos. A alta é da competência dos psiquiatras, com a ajuda dos psicólogos, exercendo o enfermeiro pouca influência nesta área.

## **2.5- PARTICIPANTES/ AMOSTRA**

Conforme postula Sandelowski (apud Fortim, 1999) a investigação de natureza qualitativa encerra uma amostra que responde a características precisas e, refere ainda que, o tamanho da amostra determina-se pelo critério da saturação dos dados, isto é, até os dados não trazerem informações novas. Desta feita, o autor referencia que a amostra deve variar de 6 a 10, sendo, portanto, geralmente, pequena nos estudos qualitativos.

Assim, para selecção dos participantes, e porque os recursos humanos no SSM do HBS são escassos, não postulamos qualquer critério de exclusão e, como critérios de inclusão postulamos: (1) ser enfermeiro; (2) ter experiência ou ter tido experiência recente no sector de SM.

Com isto, a pesquisa foi desenvolvida junto aos enfermeiros do Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa.

Assim, a amostra é constituída por um total de cinco enfermeiros, sendo que actualmente quatro exercem as suas funções no SSM do HBS e um outro que, tendo trabalhado recentemente no sector de SM do HBS, encontra-se actualmente no Banco de Urgências de Adulto onde também tem lidado constantemente com pacientes portadores de Dm.

A totalidade dos participantes é do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos. Relativamente às habilitações académicas, três são licenciados e dois são graduados em Enfermagem. O tempo de experiência dos participantes em SM varia de um ano e oito meses a vinte e três anos. Nenhum dos Enfermeiros possuem formações em SM, no entanto, o Enfermeiro 2, fez um estágio profissional no SSM do Hospital Agostinho Neto. Todos têm experiências anteriores noutras áreas da saúde. (cf. Anexo. II)

## **2.6- ASPECTOS ÉTICOS DO PROCEDIMENTO**

Depois de se obter a autorização para recolha de dados, (cf. Anexo III e IV) fez-se o primeiro contacto com os enfermeiros do/no SSM. Esta primeira abordagem visou explicar o objectivo da investigação e solicitar a colaboração para a participação num estudo sobre contribuições de enfermagem na integração do DM na família. Assim, foi-lhes mostrado a necessidade de recurso a técnicas mecânicas de registo, garantindo-lhes, portanto, os aspectos

éticos da investigação através de um formulário de consentimento informado apresentando um conjunto de informações estandardizadas acerca da finalidade e natureza da investigação, das modalidades de participação, da garantia do anonimato e da confidencialidade das informações, da liberdade de participação e da possibilidade de desistir da entrevista. (cf. Anexos. IV a IX)

Tendo o consentimento de cada um dos enfermeiros (cf. Anexo IV a IX), ajustou-se o dia e a hora para a recolha dos dados. Para isso, como já se disse anteriormente, elaboramos um guião de entrevista que orientou o desenrolar da mesma. A recolha dos dados teve lugar no serviço de SMP, durante o mês de Junho e, a interacção teve uma duração aproximada de 20 minutos. As informações fornecidas pelos entrevistados, neste caso, os enfermeiros, foram registadas em áudio.

Por fim, os dados recolhidos foram transcritos e organizados de modo que favorecesse uma leitura detalhada e minuciosa e, para análise dos mesmos, recorreu-se à análise de conteúdo.

## **CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA**



### 3.1- APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Na elaboração do Guião de Entrevista, houve de estabelecer categorias para facilitar uma melhor interpretação dos dados. A entrevista está estruturada em seis categorias distintas, que facilita mais a exposição e interpretação dos resultados.

Cada categoria, apresenta as apreciações feitas pelos entrevistados, de forma que os resultados mais importantes, é que foram transcritas para o presente trabalho, salvaguardando o que foi dito pelo entrevistado.

#### **Categoria I - Desafios em Saúde Mental e Psiquiatria**

Esta categoria representa a sensibilidade dos profissionais do Sector de SMP do HBS: o grau de dificuldade que tem na convivência com doentes do foro psiquiátrico; como é encarado e que impacto tem no profissional. Em seguida, um excerto de entrevista onde esse reconhecimento é produzido na primeira pessoa. A insegurança dos profissionais é evidente, o que deixa-os, com dificuldade em agir em situações de urgências e emergência. No testemunho que a seguir se transcreve podemos verificar essa situação.

*“Aqui, vivenciamos vários episódios com doentes extremamente agressivos, que tornam o nosso trabalho muito difícil. Às vezes há falta de medicamentos, de materiais de contenção, de uma sala de isolamento, e sentimo-nos, em dadas alturas, desmotivados de trabalhar nestas condições (...) Durante o turno é só um enfermeiro e um auxiliar, sendo que já fomos agredidos várias vezes.” (Enf.1)*

Em todos os entrevistados nota-se, uma certa dificuldade, em perceber patologias desta natureza, visto que se tratam de enfermeiros gerais que não possuem nenhuma formação nesta área. O Enf. 4 afirma; *“O meu maior desafio foi nos primeiros tempos em que cá cheguei, nunca tinha lidado com pacientes do foro psiquiátrico, então de início, havia sempre um receio, era difícil”* Este receio surge pela falta de experiência que se apresentava de primeiro contacto com o sector.

Também nota-se que a falta de recursos humanos bem como a falta de informação reflectem a insegurança em lidar com os pacientes psiquiátricos o que torna desafiante a relação enfermeiro-paciente. Assim, este problema é perceptível no seguinte discurso:

*(...) Tentar compreender patologias de foro psiquiátrico, porque como enfermeiros gerais nunca tivemos formação durante este tempo* (Enf.5). O que comprova claramente o despreparo, que um enfermeiro geral, tem no início da sua carreira como profissional.

Para o Enf. 3 *“Lidar com as pessoas que estão no auge da descompensação, em que muitas vezes tornam agressivos, e podemos estar sujeitos a ser gravemente agredido.”* Evidencia a insegurança do trabalho, e a dificuldade do enfermeiro face este sector. E é neste sentido que Amarante (1995) refere que *“o cuidado humanizado, construtivo, verdadeiro, consciente, transformador, que contemple a totalidade do outro, deve ser fundamentado na competência da comunicação terapêutica.”* (p.107)

Neste caso tratando-se de um cuidado mental, foge ao convencional, tornando complexo a acção do profissional.

A falta de Recursos humanos destacou-se como um dos principais problemas, deste sector, mediante o depoimento do Enf. 1, mostra que, a insegurança e a falta de informação em lidar com estes tipos de pacientes, torna uma barreira entre o enfermeiro e o profissional. Por sua vez o Enf. 5 refere que: *“ (...) Tentar compreender patologias de foro psiquiátrico, porque como enfermeiros gerais nunca tivemos formação durante este tempo.* O que comprova claramente o despreparo, que um enfermeiro geral, tem no inicio da sua carreira como profissional.

De Almeida, (2010), explícitas acções que o profissional de saúde deve ter em mente, para situações de agressão, nomeadamente os enfermeiros devem ter em mente estes procedimentos e colocá-los em prática assim que necessário. Segundo a autora, existem 4 níveis de intervenção; A intervenção verbal; A organização de limites; A contenção física; A contenção química. Cada uma dessas intercessões deve ser feita consoante o grau de agressividade do paciente, desde violência verbal até à violência física.

## **Categoria II - Intervenções do Enfermeiro em casos de abandono**

Dentro das directrizes que competem a enfermagem, pode-se acrescentar, que a forma como, o paciente é abordado, não corresponde ao que se considera esperado por um Enfermeiro do ramo da SMP. Todos os entrevistados, apresentam uma boa experiência a nível técnico. É com base nas entrevistas destas categorias que se consegue determinar o empenho

profissional. O Enf. 1 salienta que: “ (...) *acredito que o próprio abandono acontece, muitas vezes por desleixo por parte dos familiares.*” Sendo assim pouco se pode fazer para o doente manter a sua integridade, física e mental. O Enf. 2 explicita que: “*A política de saúde mental, vem apostando na inclusão familiar como a melhor forma de tratamento*” Colvero, Ide., Costardi e Rolim (2004), refere que face as “*marcas de uma cultura globalizada*” a nível simbólico e construtivo aos saberes sociais, identificamos a família como grupo, onde se estabelecem relações que compartilham laços de experiências existenciais. E este mesmo grupo, está sujeito a inúmeras transformações e críticas, não se esquecendo a responsabilidade que lhe compete, e as exigências dos papéis sociais a ela atribuídos, na procriação de filhos saudáveis e preparados para assumir o mercado profissional e a vida em comunidade.

Segundo Sadigursky (1997, apud Gonçalves & Sena, 2001):

A instituição familiar não se mostra favorável a respeito da “desinstitucionalização” do doente mental exercendo pressão para que a instituição psiquiátrica continue “a manter a custódia dos pacientes porque esse pesado encargo não é aceito passivamente por ela. (p.51)

O Enf. 1 diz “*Geralmente os enfermeiros lidam directamente com os Doentes, não se faz nenhum trabalho direccionado às famílias, a não ser em casos específicos, tais como fornecer informações pontuais a algum familiar acerca do doente e vice-versa. Mas no geral trabalhar directamente com os familiares e com os doentes, praticamente não fazemos.*” E é nesta óptica, que Colvero e Colaboradores (2004), referem que há bem pouco tempo, a assistência ao doente mental encontrava-se centrada nos hospitais, locais da prática e do saber médico, cujo modelo de atenção limitava-se à internação e medicação dos sintomas demonstrados pelo DM, “excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento.”

O Enf 2 diz que; “ (...) *Fazíamos reuniões nas zonas, onde havia maior incidência, nos centros de ajuda.*” Isto era antigamente, logo no começo em que passou a trabalhar no SMP do HBS. Enf 3 revela que; “ (...) *No tempo que estive aí, nunca vi nenhum trabalho feitos direccionado aos familiares. O único contacto que tínhamos com as familiares era nas horas de visitas.*” Colvero e Colaboradores (2004) ainda que os familiares continuam a serem vistos como simples “informantes” das alterações apresentadas pelo DM, e este deve seguir

passivamente as prescrições médicas. Nesse caso acolher as suas demandas, pela razão das vivências inerentes a esse convívio, promovendo um bom suporte nas solicitações manifestadas pelo grupo familiar, continua a ser um dos maiores propósitos de superação.

O Enf. 3 disse: “ *Não. No tempo que estive aí, nunca vi nenhum trabalho feito direccionado aos familiares. O único contacto que tínhamos com as familiares era nas horas de visitas.* ” O que vai de acordo com o que o Enf. 1 disse anteriormente. E o Enf. 5 também acaba por dizer a mesma coisa que os acima referidos. Macedo, Andrade e Silva (2009), acrescentam que para alcançar maior qualidade nas actuações de enfermagem na assistência, deve-se divulgar mais com os pacientes e com seus familiares.

No caso do Enf. 4 ele refere o seguinte: “ *(...) tem um que gosto de fazer, na pré-alta tenho por hábito e costume conversar com o familiar explicando os benefícios de fazer a medicação correcta na hora certa, esclarecê-los de alguns sinais de alerta, nos efeitos adversos dos medicamentos e encaminhamento imediato para o hospital.* ”

Segundo Colvero et al (2004):

A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida quotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações. (p.198)

### **Categoria III - Limitações nas intervenções de Enfermagem de SMP**

O Enf. 1 acredita que ainda há muito por fazer para a melhoria, do SMP em geral. Não havendo nenhum avanço “ *(...) Nas reuniões sempre são os mesmos problemas a serem colocados, não havendo nenhum tipo de avanço. Sinto também que há falta de interesse do pessoal, e que muita coisa precisa ser mudada, aqui dentro.* ”

O Enf. 2 mostra claramente que houve ganhos em algumas coisas e perdas em outras, “ *(...) Para ganhar espaço aqui dentro, foi construído salas dentro do pátio que era para os pacientes, ou seja o espaço reservado aos pacientes, diminuiu (...)* ”. O que se nota é que há ganhos nos recursos humanos e perdas nos recursos materiais. Isto irá dificultar a recuperação do paciente em certa medida, tendo em conta o seu estado mental frágil.

Mais uma vez um dos entrevistados acredita que o espaço não seja o mais adequado para realização de um bom trabalho dos profissionais do sector, neste caso o Enf. 3. “ (...) *Acredito que o hospital deveria investir num espaço mais amplo em que dinâmicas interactivas, como desporto poderiam ser feitas.*”

Dos entrevistados, somente o Enf. 4 é que acredita, que o espaço é o adequado, e ao invés de se investir no espaço físico, deve-se investir nos recursos humanos, capacitando os profissionais existentes, com formações e especializações na área “ (...) *acho que o que deveria ser feito, era a especialização da classe de enfermagem nessa área de saúde mental, porque teria determinada atitudes ou comportamentos, ganhava conhecimentos técnicos científicos, que ajudava muito na recuperação do doente.*”

Para De Almeida, (2010) a formação especializada garantida por sociedades científicas, no intuito de obter maior credibilidade, promover intervenções psicoterapêuticas de maneira uniforme com os demais membros da equipa multidisciplinar. E este tende a ser uma das maiores acusações feitas por enfermeiros do ramo de SMP, já que a discriminação esta presente face a outros técnicos.

O Enf. 5, fala da importância do sector de SMP, como sendo uma área que merece mais atenção por parte de todos, “ (...) *a psiquiatria não se restringe somente a este sector, ela abrange todas as outras áreas, sectores e comunidade.*”

#### **Categoria IV - Estigma e DM**

O Enf. 1 mostra que esta temática de Estigma para com os DM, é um problema global, onde se vê a discriminação entre os próprios profissionais de trabalho, “ (...) *e com os diversos problemas que vêm surgindo, acho que o serviço deveria ser visto de forma diferente.*”

Segundo Villela e Scatena (2004), os caminhos a serem trilhados para alcançar o verdadeiro propósito da Enfermagem foram e ainda são de difícil caminhada, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com as diferenças, ambiguidades e as incertezas. O Cuidar é o legado e a cientificidade desta profissão.

O Enf. 2, fala que antigamente o estigma era maior, a forma como se encarava as patologias de foro Psiquiátricos, eram totalmente diferente, como se encara agora (...) *Um doente mental antigamente era considerado como um animal, era agredido pelas crianças*

*(...) As pessoas tinham muito preconceito em submeter-se a uma consulta de psicologia, e agora vemos que a demanda vem aumentando consideravelmente, o que é muito bom (...)* ”

O Enf. 4, aponta a cultura, como responsável pela forma de pensar de cada povo, e mediante a “*mentalidade preconceituosa*” obstatante à doença mental, assim será delineada a forma como estas patologias são encaradas pela sociedade. Como foi mencionado pelo Enf. 4 *o doente mental é rotulado de “doido”, “ independentemente de circunstâncias em que ele se encontra (...)*

A opinião do Enf. 5, centra nos profissionais de saúde, acreditando que a falta de formação e estagnação tem contribuído muito para perpetuação do estigma e preconceitos para com os DM. “ *(...) Acho que com expansão da licenciatura em enfermagem e surgimento de complemento para os antigos profissionais, as coisas já começam a mudar para melhor,*”

O paradigma biomédico, centralizado numa óptica individualista da doença e do sofrimento, censura muitas vezes as determinantes sociais e culturais envolvidas. O que acaba por confundir muitas vezes o profissional de saúde como sendo a actividade científica do médico e de outros profissionais de saúde. É nesta perspectiva de quem vê a doença, desvalorizando a parte subjectiva da mesma, que o sofrimento e as suas ramificações pessoais, familiares e sociais, acabam por separar a doença do organismo como um todo (Gonçalves, Sd)

## **Categoria V - Envolvimento Familiar no Tratamento e Recuperação**

Quando se fala de envolvimento dos familiares no tratamento e recuperação dos seus membros, o Enf. 1 refere que: *(...) o envolvimento dos familiares no tratamento e recuperação do Doente Mental deixa muito a desejar, e poderia ser melhor, temos alguns familiares que nos apoiam bastante, mas ainda tem muita coisa por fazer, tem muitas famílias que abandonam doentes que vem fazer internamento e na hora de alta temos muita dificuldade em enviá-los para casa.*”

A família é constituída com base nas relações de parentesco. Carvalho e Almeida (2003) falam de que a família é formada através de relações parentesco cultural. Aponta-se também como elemento chave a protecção e a socialização de seus componentes, e a sobrevivência dos indivíduos.

O Enf. 2 revela que as famílias “ (...) pobres, desestruturadas, ficam sempre de fora, do que se passa com o doente familiar (...) e que a criação de instituições, para o acolhimento dos DM abandonados, obrigou os familiares a aproximarem-se mais, porque passaram a ver a doença mental com outros olhos.” Por sua vez o Enf. 3 também concorda no envolvimento dos familiares “ (...) sentirá o internamento menos e irá aderir de melhor forma ao tratamento (...).”

Para Agudelo (apud Macedo, Andrade e Silva, 2009), a sociedade confirma sua impotência na recuperação total dos seus membros e, opta, activa ou passivamente, por aprovar ou tolerar sua exclusão.

O pouco contacto dos familiares, é ressaltado pelo Enf. 4 visto que o apoio é muito pouco, segundo o Enf. 4 “ (...) temos casos em que o familiar traz o doente para ser internado e não comparece mais, abandonando o doente na enfermaria (...).” E para ressaltar o envolvimento dos familiares mais ainda o Enf. 5 diz; “ (...) apostar sempre na intervenção primária.”

O adoecimento psíquico de um indivíduo e a incapacidade de os familiares proverem o sustento adequado, faz com que as dificuldades se acumulem e a rede de sofrimento se amplie Brêda (apud Macedo, Andrade e Silva 2009)

## **Categoria VI - Cuidados de Enfermagem efectuados em serviço de Saúde Mental e Psiquiatria**

O Enf. 1 faz a comparação de atendimento feito em SMP e Banco de Urgência do Adulto. “ (...) Por se tratar de um doente mental, os médicos já não se preocupam muito com a parte física do doente, ele é encaminhado logo para o Serviço de Saúde Mental, o que não é correcto, visto que as vezes um problema físico pode desencadear uma perturbação mental.”

A vigilância e a postura, são os aspectos sobre o qual, o Enf. 2 se debruça nesta temática “ (...) não deve ser somente a base dos fármacos, mas sim interagir com eles, fazer jogos, actividades lúdicas etc (...) mas posso dizer que o serviço da saúde mental a nível de cuidados já esteve melhor em todos os aspectos (...).”

O Enf. 3 sobre o tratamento efectuado em serviço de SMP diz: “A princípio, os tratamos como outro paciente normal, averiguando os sinais vitais, mas no relacionamento é

*que mudos, porque muitas vezes, estão descompensados, e agressivos, o que nos leva a ir para além do convencional” debatendo assim com dificuldades, que ultrapassam o que corresponde a cuidados humanizados, e o Enf. 4 explicita que os cuidados de Enfermagem efectuados em serviço de SMP, é considerado “razoável.”*

O Enf. 5 acredita que os cuidados prestados no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, são feitos mediante as condições e os recursos disponíveis. Dificuldade em tudo “*(...) nem tudo está a favor, dentro da sua formação, de conhecimentos que não tínhamos, que agora viemos a adquirir.*”

Para Oliveira, Israel & Pereira (2005, apud Moreira; Ingryd; Goldstein; Brito e Costa 2008), num hospital psiquiátrico ou outro tipo de serviço de atendimento em SM, o papel mais importante que o Enfermeiro tem para com os pacientes é actuando juntamente com eles numa perspectiva terapêutica, coordenar toda a equipa. Todavia, por vezes o profissional se depara com grandes dificuldades na execução do seu papel, devido a falta de verba e funcionários, burocracia, e até mesmo a própria política da instituição onde se encontra, diminuindo as suas capacidades recreativas no contexto institucional.

Quando questionados acerca do PSF, três dos enfermeiros referem nunca terem ouvido falar, salvo o Enf. 3 e Enf. 4.



### 3.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como ciência, vem redefinindo o seu papel continuamente adaptando-se às novas exigências, evoluindo, transformando-se e atribuindo aos pacientes uma maior qualidade a nível de cuidados, maximizando a satisfação dos mesmos. Isso requer muita competência dos Enfermeiros, evoluindo como profissional, otimizando as habilidades técnicas e humanas, em prol do bom funcionamento do Sistema de Saúde. A contribuição que temos para dar à sociedade, deve começar na família, deve ser explorada e alimentada por nós próprios, acreditando, na possibilidade de se organizar e proclamar o que nos é exigido como profissionais de saúde, especialistas nos cuidados básicos humanizados.

Dentro das competências do enfermeiro, o cuidar, é objectivo principal do profissional, assumindo particularidades próprias, no que toca ao trabalho a ser desenvolvido. O cuidar envolve todos os profissionais de saúde uma vez que esse cuidar é a intenção comum. Os que cuidam fazem todos, parte do universo da saúde.

Durante esta investigação, houve dificuldades múltiplas, ao nível do objectivos pretendidos, realçar o que se pretendia directamente com esta investigação. Ao longo dos tempos em contacto directo com o sistema de saúde, como funciona o sector da SMP do HBS, pude constatar, as fragilidades, do mesmo, e só assim pode-se saber com mais clareza, como é que o trabalho iria ser controlado. Foi um estudo meramente qualitativo, porque o que se pretendia era entender um fenómeno, analisar os pontos fracos, que impedem o enfermeiro de dar o seu contributo pleno como agente social.

Acredito que poderia ser melhor, trabalhar directamente com famílias, e não focar somente no Enfermeiro. A forma como foi abordado o tema, ajudou bastante em compreender, como funciona a SMP em São Vicente.

O presente estudo, abriu portas para a necessidade de novas investigações, como por exemplo conhecer, a satisfação dos familiares no atendimento personalizado, em pacientes com Dm. Não se descarta essa possibilidade, de realizar um estudo, mais amplo nesta temática confrontando os dados presentes obtidos, com outras investigações nesta área.

É de extrema importância para um profissional em saúde mental, para além de ter uma boa competência técnica, possuir um bom conhecimento cultural. Esta formação em competências culturais deve começar desde o início da formação para que a consciência da resposta à diversidade cultural se integre facilmente nas aptidões clínicas a produzir. A experiência clínica deve dispor em serviços culturalmente diversificados e da melhor forma possível, num grupo de formação culturalmente diverso (Ferreira, 2007, p.25).

A forma como os enfermeiros da SMP, expõe os seus conhecimentos, deixa transparecer, o trabalho que ainda há por fazer neste sector. Rever as aptidões de cada um confrontar as opiniões pessoais, foi a estratégia utilizada para dar asas a este estudo, afirmando o porquê das coisas. Pode-se dizer que os objectivos do estudo foram alcançados, na medida em que as repostas dadas pelos entrevistados, mostraram claramente: o poder que o enfermeiro tem na recuperação do doente; o apelo dos mesmos em possuir condições favoráveis para que haja produção de saúde e o papel da enfermagem dentro da instituição familiar, de forma indirecta. Fazer os profissionais da SMP do HBS entender que muito mais pode ser feito nas enfermarias e fora delas; sabendo o que impede os enfermeiros neste sector de SMP, em organizarem-se, de forma multidisciplinar, e prestar atendimento a nível de cuidados no sentido amplo da palavra, envolvendo também a família

Este trabalho, foi realizado sempre com a intenção de dar um contributo à comunidade científica, mais propriamente o sistema de SMP que merece a atenção adequada da comunidade em geral. Este trabalho, acredito que trouxe uma mais-valia para o HBS, porque ressalta as dificuldades que os profissionais da área SMP têm que lidar no dia-a-dia. A nível prático pode-se chegar a conclusão de que, este trabalho tem como principal objectivo dar início a novas investigações que podem ser feitas neste ramo da Enfermagem. Evidenciar as partes que ainda faltam por investir, mesmo sabendo que a evolução do sector da SMP é visível, mas ainda há muito trabalho a fazer, para que haja cuidados holísticos e humanizados. Promover e incentivar especialização do Enfermeiro na área de SMP.

A nível teórico posso dizer que sendo uma investigação científica numa área ainda pouco explorada aqui em Cabo Verde, este documento irá servir com certeza como suporte bibliográfico, para próximos estudos e investigações. É nessa lógica que esta investigação irá exercer a sua influência na comunidade científica, apelando pela autonomia do Enfermeiro.

## **Propostas**

É com base, nos estudos feitos ao corpo de Enfermagem, membros da equipa multidisciplinar do serviço de SMP do HBS, é que através de uma avaliação cuidada, acrescento como, uma das principais propostas, desenvolver formações básicas na área de humanização de cuidados nos pacientes de foro psiquiátrico. Devido a falta de conhecimentos científicos, dos profissionais de enfermagem e relacionamento profissional qualificado para dar assistências a estes tipos de pacientes.

A realização de um estudo focado na família, tendo como tema a satisfação dos pacientes, para com os cuidados de Enfermagem no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria. Englobar as outras instituições neste estudo nomeadamente o Centro de Acolhimento da Vila Nova.

A criação de um departamento, de serviço social destinado somente para casos específicos destes pacientes com Dm, dentro do HBS, visto que é necessário personalizar o atendimento a estes pacientes.

E uma das mais importantes propostas que tenho a fazer tem como base a reforma psiquiátrica, a “desinstitucionalização” destes pacientes, trabalhando directamente na comunidade. Estabelecer parcerias, entre o HBS, com as instituições que estão encarregadas destes tipos de pacientes. Favorecendo o acesso fácil aos serviços do HBS, nomeadamente a realização de análises, requisição de medicamentos, etc. Calcula-se que um número considerável de problemas relacionados à SM poderia ser resolvido no nível primário da assistência, sem necessidade de serem encaminhados para serviços mais complexos. Sendo assim a importância de acções de prevenção e promoção da SM tendo atenção básica ao local exemplar para o desenvolvimento dessas acções (Macedo, Andrade & Silva 2009).

### 3.2- BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE. P. (1995) *Caderno Saúde Pública*. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. (p.4-491)
- American Psychiatric Association (APA) *DSM-IV-TR: Manual de Diagnostico e Estatística Das Perturbações Mentais*, Editora Climpesi, 4ª Edição
- ANAUT, M. (2005). A resiliência: Ultrapassar os traumatismos. Lisboa. Climepsi Editores.
- ANDRIAMAHEFAZAFY. B., SILVES. F. D. et LIMA. C. F. (2011) Comunicado De Imprensa da Representação da OMS, N°- 10 / Outubro De 2011 XI Fórum A Ponte 11º Aniversário “*O Grande Impulso: Investir Na Saúde Mental*”
- ANSEMI. L., BARROS. F. C., MINTEN G. C., GIGANTE. D. P., HORTA. B. L. et VICTORA C. G. (2008) *Revista Saúde Pública* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS 26-33
- BELEI. R. A., PASCHOAL. S. R. G., NASCIMENTO. E. Neves e MATSUMOTO. P. H. V. R. (2006) *O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa Pelotas [30]: (p.187 – 199)*
- BIANCHINI, D.C.S; DELL’ AGLIO, D.D (2006). Processo de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de Caso. *Paidéia*. 16(35), 427-436.
- CARVALHO. I.M.M. e ALMEIDA. P.H., (2003). Família e proteção social. São Paulo: Perspectiva VA
- CENTEIO. D.O. (2010) *Memória de Cuidados Parentais, Vinculação e Sintomatologia Psicopatologica em Jovens e Adultos*. Dissertação do Mestrado não Publicado. ULHT
- COLVERO. L. A., IDE. C. A. C et ROLIM. M. A. (2004) *Rev. Esc. Enferm. USP*. Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença (p.197-205).
- COMUNICADO DE IMPRENSA DA REPRESENTAÇÃO DA OMS, N°- 12 / Outubro de 2009 IX Fórum A ponte *Saúde mental nos cuidados primários: melhorar o tratamento e promover a saúde mental*  
[www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc)

CURY, C. F. M. R. et GALERA S. A. F. (2006) O PSF Como Ideal Para A Atenção Às Famílias De Doentes Mentais Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez.

DE ALMEIDA. M.J.V., (2010). *Sinais Vitais Enfermagem em Revista – A Enfermagem que faz a Diferença nº88*. Os Desafios colocados aos Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria. (p. 8 -16)

DE MORAIS, J.P.L. (2010). *Preparação Do Regresso A Casa: Do Hospital Ao Contexto Familiar*. Dissertação de Mestrado não publicado Universidade Católica Portuguesa Porto Instituto de Ciências da Saúde

DE OLIVEIRA, L.H. e MIRANDA, C.M.L. (2000), A Instituição Psiquiátrica e o Doente Mental: a percepção de quem vivencia esse quotidiano, Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, vol 4, número 1, pag. (95 – 103). Universidade Federal do Rio de Janeiro Brasil

Direcção de Serviços Parlamentares, (1999). *Constituição da República de Cabo Verde*, Assembleia Nacional, Divisão d Documentação e Informação e Parlamentar

DRISCOLL, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.

ESPERIDIÃO, E. (2001), Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3(1), Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

EVELYN. A. (1994), *Ser Enfermeira*. Editora Instituto Piaget

FERREIRA. D. S. (2007) *Saúde Mental num Mundo Transformado: O impacto da Cultura e Diversidade*, Edição: Associação de promoção da Saúde Mental – A PONTE

FERREIRA. D. S. (2012) *Depressão: O que eu sei Pode ajudar – Perspectiva Internacional sobre Depressão para Pessoas Vivendo com Depressão e Suas Famílias* Edição: Associação de Promoção da Saúde Mental – A PONTE

FERREIRA. D. S. (2012) *OMS Prevenção do Suicídio ao redor do mundo: Fortalecer os Factores Protectores Renovando Esperanças dia mundial de Prevenção do Suicídio* Edição: Associação de promoção da Saúde Mental – A PONTE

FERREIRA. D. S. (2013) *Saúde Mental e Pessoas Idosas*, Associação de promoção da Saúde Mental A Ponte Edição: Associação de promoção da Saúde Mental – A PONTE

FORTIN M. F.; COTÉ J. et FRANÇOISE. F. (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Editora Lusodidata

FRANCES.A.; ROSS.R (2004) *Casos Clínicos, DSM-IV-TR – Guia para o diagnostico diferencial*. Lisboa Climpsi Editores

FRASQUILHO. M. A. (sem data) Panfleto: *Gritos Mudos – Dar Voz à Prevenção do Suicídio*

GONÇALVES. A. M. (sem data). *A Doença Mental E A Cura: Um Olhar Antropológico*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30anos

GONÇALVES. A. M. et SENA. R. R. (2001). *Revista Latino-americano de Enfermagem* Reforma psiquiátrica no brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Março; 9(2): 48-55 [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)

HESBEEN Walter (2001), *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*, editora Lusociência

Ketele, J.M.F., Roeguers, X. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos Metodos de Observações de Questionários, de entrevistas e de estudo de Documentos*. Lisboa, Instituto Piajet

KOGA, M. (1997). *Convivência com a pessoa esquizofrénica: sobrecarga familiar*. Ribeirão Preto: Scala.

MACEDO. F. M. S., ANDRADE M, & SILVA. J. L. L. (2009) *Reforma Psiquiátrica E Implicações Para A Família: O Papel Do Enfermeiro No Programa Saúde Da Família Informe-se em promoção da saúde*, (p.19-23)

MACIEL. S. C., MACIEL. C. M. C., BARROS. D. R., SÁ Roseane Christhina da Nova et CAMINO Leôncio F. (2008) *Psico-USF Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica*, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun.

MARCON, S.S; RADOVANOVIC, C.A.T; WAIDMAN, M.A.D; OLIVEIRA, M.L.F (2005). *Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam situação de doença crônica de saúde*. *Texto Contexto Enferm*;14(n.esp):116-24.

MARCON. S. S, ELSSEN. (1999) Ingrid. Fam. A Enfermagem Com Um Novo Olhar... Necessidade De Enxergar A Família, Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez.

MELSSAN, J. (2002). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.

MOREIRA. L. H. O., INGRYD. C. V. F., GOLDSTEIN. E. A., BRITO. A. P. et COSTA. L. M. G. (2008) *Revista Brasileira – Enfermagem*. A Inclusão Social Do Doente Mental: Contribuições Para A Enfermagem Psiquiátrica Inclusão Social, Brasília, v. 3, n. 1, p. 35-42,

NOGUEIRA, C. (2012) VII Congresso Português de Sociologia. Área Temática: Sociologia da Saúde - Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos – contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental. Universidade do Porto

Organização Mundial de Saúde (2001), *Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva

ORIÁ, M.O.B., MORAES, L.M.P., VICTOR, J.F. (2004); A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. *Rev Eletrônica Enfermagem*. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>

PAES. M. R., BORBA. L. O., LABRONICI. L. M., ALVES (2010) *Ciência Cuidado Saude*. Maftum Mariluci, referem no Cuidado Ao Portador De Transtorno Mental: Percepção Da Equipe De Enfermagem De Um Pronto Atendimento pag. (309-316)

PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. L (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo, Maringá*. Vol. 11(3); (p. 569-577)

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL (2009-2013), Praia, Abril de 2009

POMPEO. D.A., PINTO M.H., CESARINO. C.B., ARAÚJO. R R.D F. e POLETTI. N.A.A. (2007) Actuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*; 20(3):(345-50).

[http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a17v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf). 25/07/2014 às 11h30min

PONTES. A. C, LEITÃO. I. M. T. A. et RAMOS. I. C. (2008) *Revista Brasileira Enfermagem, Brasília*. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado pag.312-8. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

REINALDO. A. M.S. e ROCHA. R. M. (2002) *Revista Electrónica de Enfermagem* Visita Domiciliar De Enfermagem Em Saúde Mental: Idéias Para Hoje E Amanhã vol. 4, nº 2, p. (36-41), <http://www.fen.ufg.br>

RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE (2002) - *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, 1.<sup>a</sup> edição, Lisboa

SANCHEZ. G. (sem data) <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/04/conheca-doencas-mentais-mais-comuns-e-saiba-onde-procurar-ajuda.html>, às 12h12min dia 20 de Maio 2014

SANTIN. G. (&) KLAFKE. T. E. (2011). *A Família E O Cuidado Em Saúde Mental*. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. (p. 146 - 160)

SILVA S.F., DINIZ J.A., SANTOS. B.S.P. (sem data) Política Pública em Saúde Mental: da Inclusão Familiar do Portador de Transtorno Mental ao Provimento de Cuidados

SILVA. K.V.L.G. e MONTEIRO A.R.M. (2010) *Rev Esc Enferm USP* - A família em saúde mental: subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. [www.scielo.br/reeusp](http://www.scielo.br/reeusp)

SILVA. L. A. e SANTOS. J. (2012). Nascimento Concepções e Práticas do Trabalho e Gestão de Equipes Multidisciplinares em Saúde <http://www.transformare.adm.br/anais/Lucimara-Alves-Silva-Jair-Nascimento-Santos-Concepcoes.pdf>.

SILVA. N.L. P. e DESSEN. M. A. (2001) *Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 17 n. 2, pag. (133-141)*

SILVA. S. F., DINIZ. J. A., SANTOS. B. S. P. Política Pública Em Saúde Mental: Da Inclusão Familiar Do Portador De Transtorno Mental Ao Provimento De Cuidados. <http://www.cchla.ufrn.br/> dia 28 de Abril 2014 às 13h22

SILVEIRA. M. R. e ALVES. M. (2003), *Revista Latino-americano*. Enfermagem O Enfermeiro Na Equipe De Saúde Mental - O Caso Dos CERSAMS De Belo Horizonte, 2003 setembro-outubro; 11(5): 645-51 [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)



SIQUEIRA. A. B., FILIPINI. R., POSSO. M. B. S., FIORANO. A. M. M. e GONCALVES. S. A. (2006) Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados a qualidade da assistência. Arq Med ABC. pag 7-73.

SPENCE, S. e MATOS, M. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In: Desenvolvimento de competências da vida na prevenção do desajustamento social (pp. 17-33). Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça. Lisboa

STUART. G. W. (&) LARAIA. M. T. (1998) *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática* 6ª edição

THOFEHRN, Maira Buss TRAVERSI, Marilú Soares, MUNIZ Rosani Manfrin, DUARTE Adriane et LEITE Chaves Marta Peres, (1999) O Processo De Enfermagem No Cotidiano Dos Acadêmicos De Enfermagem E Enfermeiros, *R. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.20, n.1, p.69-79

TOWNSEND. M. C. (2002) *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados*, 3ª edição. Editora Guanabara Koogan

TUBONE. M. M.. *1º Caderno de Apoio ao Acolhimento Orientações, Rotinas e Fluxos Sob A Óptica do Risco/ Vulnerabilidades*

VILLELA. S. C. e SCATENA. M. C. M. (2004), A Enfermagem E O Cuidar Na Área De Saúde Mental, *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília; 57(6): 738-41

ZINI, E.C. e CRUZ, M.F. (S.d.) MC906- Transtorno à Inteligência Artificial Trabalho: “Transtorno Bipolar”

## **APÊNDICE**

## Apêndice I

### Guião de Entrevista - Enfermeiros

#### Objectivos da entrevista (enfermeiros)

- Conhecer o perfil dos enfermeiros que lidam directamente com pessoas portadoras de transtornos mentais
- Avaliar a qualificação técnico-profissional dos enfermeiros face pessoas com transtornos mentais
- Entender a política utilizada para qualificar um enfermeiro como enfermeiro de saúde mental
- Realçar os desafios que se colocam aos enfermeiros que exercem em Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria

#### A- Característica Geral

- 1- Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
- 2- Idade; \_\_\_\_anos
- 3- Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_
- 4- Tempo de serviço no Sector Saúde Mental e Psiquiatria: \_\_\_\_\_
- 5- Formação extra na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

#### B- Experiencia Técnico-profissional

- 6- Como foi ou em que circunstância começou a trabalhar no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria?
- 7- Em que sectores já trabalhou e por quanto tempo?

#### C- Desafios no Serviço de Saúde Mental

- 8- Qual foi o maior desafio da sua carreira dentro do sector da saúde mental?

#### D- Intervenções do Enfermeiro em casos de abandono

- 9- Qual o procedimento adoptado diante dos casos de abandono?
- 10- O que fazem para reintegra-los nas famílias?

#### E- Limitações nas intervenções de Enfermagem de SMP

- 11- Na sua Opinião a enfermagem tem dado resposta as necessidades das pessoas com DM?

#### F- Estigma e DM

- 12- Por que razão acha que a estigmatização tem-se conservado durante muito tempo?

#### G- Envolvimento Familiar no Tratamento e Recuperação

- 13- Como avalia o envolvimento dos familiares no tratamento e recuperação do DM?

## **H- Profissionalidade**

14- Já ouviu falar no PSF (programa de saúde familiar)?

Sim ☐ Não ☐

14.1- Qual a sua opinião acerca do PSF?

## **I- Envolvimento Familiar no Tratamento e Recuperação**

15- Como avalia a prestação dos cuidados de enfermagem nesta área de Saúde Mental e Psiquiatria?

***Elaborado Por: Telmo Gabriel Ramos***  
***Orientado por: Mestre Denise Oliveira Centeio***

## APENDICE II

**Tabela 1** – Características da amostra.

ID	Sexo	Idade	Tempo de actividade profissional	Habilitações académicas	Tempo de Experiencia em SM	Formação extra em SM	Habilitações académicas	Sector(s) Onde trabalhou antes	Formaçã o extra em SM
<b>Enf. 1</b>	M	37	18A	Graduado I em Enfermagem	14A	Não tem	Graduado I em Enfermagem	Cirurgia e Quartos Particulares	Não tem
<b>Enf. 2</b>	M	55	25A	Licenciado em Enfermagem	23A	Não tem *	Licenciado em Enfermagem	Posto Sanitário de Pontes Figueira Boavista, Delegacia de Saúde Santa Catarina e Banco de Urgência do Adulto	Não tem *
<b>Enf. 3</b>	M	28	1 A	Licenciado em Enfermagem	1 Mês e 8 dias	Não tem	Licenciado em Enfermagem	Banco de Urgência	Não tem
<b>Enf. 4</b>	M	45	17A	Licenciado em Enfermagem	5A	Não tem	Licenciado em Enfermagem	Banco de Urgência de Pediatria e Adulto e Cirurgia	Não tem
<b>Enf. 5</b>	M	39	18A	Graduado I em Enfermagem	14A	Não tem	Graduado I em Enfermagem	Cirurgia, Ortopedia, Medicina e Bloco Operatório	Não tem

Nota. Enf. = Enfermeiro; M = Masculino;

\*Estágio em SMP no Hospital Agostinho Neto na Cidade da Praia.

### Apêndice III



UNIVERSIDADE DO MINDELO

*Sapientia Ars Vivendi*



11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE

## TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE LICENCIATURA

Eu, **Teimo Gabriel Lopes da Silva Ramos** aluno **N.º 2051** do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Projeto de Licenciatura para conclusão do curso, com o Tema " **Contribuições da Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família**", de acordo com os Regulamentos e com as Normas vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho Científico do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Proponho ainda que seja designada como minha Orientadora a Profª **Denise Oliveira Centeio**, Mestre em Psicologia.

Mindelo, 28 de Abril de 2014

(O Aluno)

### Aceitação da Orientação

(A Orientadora)



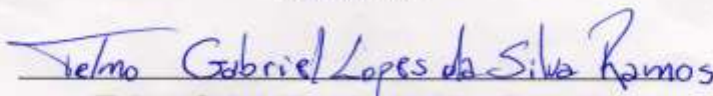
## Apêndice IV

### Requerimento

Exmo. Senhor(a),  
Director(a) do Hospital Dr. Batista de Sousa,  
Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos, filho de José Gabriel Ramos e Gabriela dos Santos Lopes da Silva Ramos, nascido a 23 de Dezembro de 1987, natural de São Vicente, residente na cidade do Mindelo, portadora do B.I. nº 217775, passado pelo arquivo de identificação do Mindelo, vêm "mui" respeitosamente solicitar a Vossa Excelência se digne autorizar entrevistas aos enfermeiros que trabalham no Hospital Batista de Sousa, recorrendo a 3 enfermeiros de cada sector como amostra da pesquisa científica aqui referida, mais se Informa que essas informações seriam recolhidas a partir do presente mês de Maio do ano 2014. A recolha de informações direcciona-se a contribuições dos enfermeiros na integração do doente mental na família, bem como os níveis de cuidados que requer estes tipos de pacientes, a fim de serem utilizados no âmbito de elaboração de uma monografia, cujo tema relaciona-se com a Saúde Mental e Psiquiatria.

Pede deferimento  
Mindelo, 6 de Maio de 2013

Assinatura

  
/Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos/

Aprovado pela Comissão de Ética.  
14/05/2014



  
  
HOSPITAL DR. BATISTA DE SOUSA  
Nº 469-8514  
O Encarregado



## Apêndice V

### DECLARAÇÃO

Eu, Denise Oliveira Centeio, orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do estudante Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos, nº 2051, matriculado no curso de Enfermagem, na Universidade do Mindelo, declaro que, para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, encontra-se a desenvolver uma pesquisa cujo tema é: **“Contribuições da Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família”**.

Pretende desenvolver o trabalho de investigação, recolher dados, através de entrevistas aos familiares dos doentes mentais e aos Enfermeiros dos Serviços de Saúde Mental, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa e Centro de Acolhimento de Doentes Mentais da Vila Nova, no concelho de São Vicente.

Paralelamente à metodologia de recolha de dados indicada, o estudante pretende realizar a observação no sentido de complementar os dados recolhidos através da entrevista.

Para terminar, o estudante está capacitado para, em todos os momentos da pesquisa, respeitar os procedimentos éticos que uma investigação requer, compromete-se a respeitar as normas do Serviço de Saúde Mental do Hospital Baptista de Sousa e a ter uma conduta decente que não prejudica nem interfere no trabalho que neles é desenvolvido.

Mindelo, 21 de Abri de 2014

A Orientadora

*Denise Centeio*

Denise Centeio

O/A Coordenador(a) do Curso

*[Assinatura]*

UNIVERSIDADE  
DO M. NDELO



## Apêndice VI

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) esta sendo convidado(a) a participar do projecto de pesquisa Contribuição de Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família da responsabilidade de Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos com o intuito de descrever e entender a satisfação dos familiares na prestação de cuidados, prestado no Sector Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa. A entrevista será feita verbalmente, e gravada com gravador áudio, a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de Consentimento Informado eu Travis Rocha Bento, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projecto acima descrito.



/Telmo Gabriel Ramos/

Mindelo, 29 de Maio de 2014

## Apêndice VII

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) esta sendo convidado(a) a participar do projecto de pesquisa Contribuição de Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família da responsabilidade de Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos com o intuito de descrever e entender a satisfação dos familiares na prestação de cuidados, prestado no Sector Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa. A entrevista será feita verbalmente, e gravada com gravador áudio, a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de Consentimento Informado eu *Alvares Ramos Lopes*, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projecto acima descrito.

*Telmo Gabriel Ramos*

/Telmo Gabriel Ramos/

Mindelo, 29 de Maio de 2014

## Apêndice VIII

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) esta sendo convidado(a) a participar do projecto de pesquisa Contribuição de Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família da responsabilidade de Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos com o intuito de descrever e entender a satisfação dos familiares na prestação de cuidados, prestado no Sector Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa. A entrevista será feita verbalmente, e gravada com gravador áudio, a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de Consentimento Informado eu Mário da Cruz Andrade, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projecto acima descrito.

Telmo Gabriel Ramos

/Telmo Gabriel Ramos/

Mindelo, 28 de Maio de 2014

## Apêndice IX

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) esta sendo convidado(a) a participar do projecto de pesquisa Contribuição de Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família da responsabilidade de Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos com o intuito de descrever e entender a satisfação dos familiares na prestação de cuidados, prestado no Sector Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa. A entrevista será feita verbalmente, e gravada com gravador áudio, a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de Consentimento Informado eu José João dos Santos, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projecto acima descrito.

Telmo Gabriel Ramos

/Telmo Gabriel Ramos/

Mindelo, 4 de Junho de 2014

## Apêndice XI

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) esta sendo convidado(a) a participar do projecto de pesquisa Contribuição de Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família da responsabilidade de Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos com o intuito de descrever e entender a satisfação dos familiares na prestação de cuidados, prestado no Sector Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa. A entrevista será feita verbalmente, e gravada com gravador áudio, a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de Consentimento Informado eu *João Gabriel Ramos*, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projecto acima descrito.

*Telmo Gabriel Ramos*

/Telmo Gabriel Ramos/

Mindelo, 30 de Maio de 2014



## Apêndice XII

*Superintendência de Enf. para parecer.*  
*09/05/14*

**DECLARAÇÃO**

*A Comissão de*  
*ética do H.B.S.*  
*09/05/14*

Eu, Denise Oliveira Centeio, orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do estudante Telmo Gabriel Lopes da Silva Ramos, nº 2051, matriculado(a) no curso de Enfermagem, na Universidade do Mindelo, declaro que, para a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, encontra-se a desenvolver uma pesquisa cujo tema é: **"Contribuições da Enfermagem na Integração do Doente Mental na Família"**.

Pretende desenvolver o trabalho de investigação, recolher dados, através de entrevistas aos familiares dos doentes mentais e aos Enfermeiros do Centro de Acolhimento de Doentes Mentais da Vila Nova e dos Serviços de Saúde Mental, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Baptista de Sousa, no concelho de São Vicente.

Paralelamente à metodologia de recolha de dados indicada, o estudante pretende realizar a observação no sentido de complementar os dados recolhidos através da entrevista.

Para terminar, o estudante está capacitado para, em todos os momentos da pesquisa, respeitar os procedimentos éticos que uma investigação requer, compromete-se a respeitar as normas do Centro de Acolhimento de Doentes Mentais da Vila Nova e a ter uma conduta decente que não prejudica nem interfere no trabalho que neles é desenvolvido.

*Autenticado*  
*09/05/14*  
*Denise Centeio*

Mindelo, 28 de Abril de 2014

A Orientadora

O/A Coordenador(a) do Curso

Denise Centeio

*469 8/5/14*

**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

*Aprovado pela Comissão de*  
*14/05/2014*

*Dr.ª Adelaide Delgado*  
*Nutricionista*  
*Hospital B. Sousa*  
*S. Vicente*

## Apêndice XIII

### Cronograma

ATIVIDADES	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Escolha do tema e do orientador							
Encontros com o orientador							
Pesquisa bibliográfica preliminar							
Leituras e elaboração de resumos							
Enquadramento Teórico							
Metodologia colecta de dados complementares							
Redacção da monografia							
Revisão e entrega oficial do trabalho							
Apresentação do trabalho em banca							

## **ANEXOS**



## Anexo I



**Fig. 2** - Hierarquia das Necessidades de Maslow. Townsend, (2002)